

レスパイト入院のご案内



レスパイト入院とは

介護者の病気や休息、冠婚葬祭などで在宅介護が困難となった場合に、一時的に入院頂くことです。当院では、在宅で過ごされている患者さん・ご家族の思いを大切に、在宅生活を支援するため、地域包括ケア病棟でレスパイト入院の提供を行っています。

利用できる方

- ◇ 介護者が、一時的に在宅介護が難しくなった方
- ◇ 褥瘡処置、吸痰、胃ろう、気管切開、在宅酸素、インスリン注射など医療処置が必要な方
- ◇ 退院後、自宅にもどる方



ご留意点

- ◇ 1回の入院期間は原則14日以内です。
- ◇ 入院日は、平日となります。
- ◇ 入院中の治療や検査、リハビリテーションなどを行うことはできません。
- ◇ 入院中の内服薬はご持参ください。
- ◇ 定期的にレスパイト入院が必要な場合は、ショートステイなどを上手に併用することをお勧めします。
- ◇ 費用は医療保険の適応となります。医療保険証、限度額認定証をご持参ください。
1割負担の方が14日間利用した場合、約70,000円程度かかります。



ご利用の流れ

地域医療連携室へご連絡ください。

※お申込みは、かかりつけ医、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、相談支援専門員、地域包括支援センター等からお願いします。

お申込みの際は、**診療情報提供書**（宛先：地域総合診療科・医師 深谷良、入院目的：レスパイト入院）、**レスパイト入院申込書・ADL 確認票**をFAXしてください。

※申込みは、入院ご希望の1か月前までをお願いします。急な場合も、対応できる場合があります。ご相談ください。

お申し込み内容を確認し、審査会で受け入れを検討します。申込みより1週間以内にお申込者へ連絡します。併せて、入院となる場合に予約連絡票をFAXにてお送りします。



ご相談の際はお問い合わせをお願いします

市立砺波総合病院 地域医療連携室

TEL 0763-32-8361 FAX 0763-33-1591

受付時間（月曜日～金曜日）8:30～17:15

<レスパイト入院申込書>

FAX 番号（地域医療連携室直通）0763-33-1591

事業所名：_____

ご担当者名：_____

電話番号：_____

FAX 番号：_____

申込日： 令和 年 月 日

	ふ り が な
利用者氏名	様
生年月日・年齢	T・S・H 年 月 日（ ）歳
性別	男 ・ 女
住所	
電話番号	
利用理由 当てはまる項目に ○をつけてください	介護者：体調不良 冠婚葬祭 その他（ ） サービス：ショートステイ利用不可 その他（ ）
移動方法	車椅子 ・ 寝台 ・ その他（ ）
レスパイト希望 入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

◆平日入院となります。

〒939-1395 富山県砺波市新富町 1 番 61 号
市立砺波総合病院 地域医療連携室
電話番号 0763-32-8361
FAX 番号 0763-33-1591

ADL 確認表

記載日 年 月 日 (記載者名:)

ふりがな		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平
患者氏名			年 月 日 歳
かかりつけ医			
介護保険	☐ なし ☐ 申請中 ☐ あり (要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2) 事業所 () 担当CM () サービス内容 ()		

項目			特記事項
食 事	☐ 自立	1日 () 食 ☐ 朝 ・ ☐ 昼 ・ ☐ 夕	経管栄養の内容 朝 () 昼 () 夕 () チューブのサイズ () 交換予定日 (/)
	☐ 見守り	☐ 普通食 ☐ 全粥 ☐ ミキサー食 ☐ 軟菜 ☐ ところみ付	
	☐ 部分介助	禁止食物 ()	
	☐ 全介助	☐ 制限食 () kcal ☐ 経管栄養 (☐ 胃瘻 ・ ☐ 経鼻)	
		CV・ポート ☐ 有 ・ ☐ 無 ☐ 端座位 ☐ ベッドアップ	
排 泄	☐ 自立	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ リハビリパンツ ☐ オムツ	
	☐ 見守り	☐ 膀胱留置カテーテル () Fr / 挿入	
	☐ 部分介助	☐ ストーマ ☐ 便秘時の対応 ()	
	☐ 全介助		
清潔	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 部分介助 ☐ 全介助	☐ 入浴 ☐ シャワー浴 ☐ 全身清拭 ☐ 機械浴	介護方法や気をつけることなど、入院に際してのご要望があればご記載ください
口腔ケア	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 部分介助 ☐ 全介助	義歯 ☐ 有 (総 ・ 部分) ☐ 無	
活 動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 部分介助 ☐ 全介助	<移動手段>	
		移 動 : ☐ 杖 ☐ シルバーカー ☐ 歩行器 ☐ 車椅子	
		☐ ストレッチャー	
		運動機能障害 : ☐ 有 ☐ 無	
		衣服着脱 : ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
		麻 痺 : ☐ 有 () ☐ 無	
		視覚障害 : ☐ 有 (眼鏡 ☐ コンタクト)	
	聴覚障害 : ☐ 有 (補聴器 ☐ 有 ☐ 無)		
	言語障害 : ☐ 有 ☐ 無		
コミュニケーション	(発語) ☐ 有 ☐ 無 (構音障害) ☐ 有 ☐ 無 (意思疎通) ☐ 可 ☐ 不可		
意識・精神状態	認知機能低下・認知症 : ☐ 有 ☐ 無		
	☐ 清明 ☐ 物忘れ ☐ 見当識障害		
	☐ 不潔行為 ☐ 昼夜逆転 ☐ 異食行動 ☐ 暴言 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊		
	夜間 : ☐ 良眠 ☐ 不眠 ☐ 不良 (薬剤使用 ☐ 有 ☐ 無)		
皮膚状態	☐ 発疹 ☐ 発赤 ☐ 褥瘡 (状態)		
	部位・サイズ ()		
	処置・方法 ()		
医療行為	☐ 褥瘡処置 (部位 : 大きさ : 処置 :)		
	☐ 痰の吸引 (回/日) ☐ 酸素 (ℓ/分 マスク ・ カヌラ)		
	☐ 麻薬管理 薬品名 () ☐ 投与時間 ()		
	☐ ペースメーカー		
	☐ 気管切開 チューブのサイズ () ☐ 交換予定日 ()		
	☐ インスリン 薬品名 () 単位 ()		
	☐ その他 ()		
感染症	☐ なし ☐ あり ()		
内服薬	☐ なし ☐ あり ()		
服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い ☐ 服薬拒否		
アレルギー	☐ なし ☐ あり		